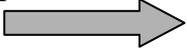


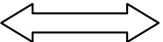
## Examen de audición para bebés recién nacidos

**Esta encuesta se envía a los padres de bebés que pasaron el examen inicial de audición para recién nacidos en el hospital en el que nacieron. Por favor responda a las preguntas que pueda contestar. Si le han hecho a su bebé otros exámenes de audición después de que salió del hospital y se fue a casa, por favor comuníquese...**

- 1) Su parentesco con el bebé: \_\_\_\_\_  
(Por ejemplo: madre, padre, abuela, abuelo, padre o madre de un programa de acogida, etc.)
- 2) ¿Cuándo fue la primera vez que supo que la audición de su hijo(a) sería sometida a exámenes o que era necesario que se sometiera a exámenes?  
\_\_\_\_ Antes de la admisión en el hospital  
\_\_\_\_ Durante la estancia en el hospital  
\_\_\_\_ Después de salir del hospital  
\_\_\_\_ No estoy seguro(a)  
\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
- 3) ¿Cómo se sintió cuando supo por primera vez que le iban a hacer los exámenes de audición a su bebé?  
\_\_\_\_ No sentí ansiedad ni preocupación en lo absoluto  
\_\_\_\_ Con cierta ansiedad o preocupación  
\_\_\_\_ Con ansiedad o preocupación  
\_\_\_\_ Con mucha ansiedad o preocupación
- 4) ¿Cómo le dijeron **por primera vez** sobre los **resultados** de los exámenes de audición de su bebé? (Por favor elija uno)  
\_\_\_\_ El **personal** del hospital en el que se realizaron los exámenes de audición de mi bebé me lo dijo **antes** de irme a casa.  
\_\_\_\_ El **médico** me lo dijo **antes** de salir del hospital e irme a casa.  
\_\_\_\_ Recibí una tarjeta o nota **antes** de salir del hospital e irme a casa.  
\_\_\_\_ El **personal** del hospital en el que se realizaron las pruebas de audición de mi bebé me lo dijo **después** de que me fui a casa.  
\_\_\_\_ El **médico** me lo dijo **después** de que salí del hospital y me fui a casa.  
\_\_\_\_ Recibí una carta con los resultados por correo en mi casa.  
\_\_\_\_ Nunca me dieron los resultados.  **VAYA al 6**  
\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
- 5) Cuando usted supo los **resultados** de los exámenes de audición de su bebé, ¿cómo se sintió?  
\_\_\_\_ No sentí ansiedad ni preocupación en lo absoluto  
\_\_\_\_ Con cierta ansiedad o preocupación  
\_\_\_\_ Con ansiedad o preocupación  
\_\_\_\_ Con mucha ansiedad o preocupación

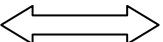
6) Pensando en el examen de audición de su bebé, por favor encierre en un círculo el número que mejor represente cómo se sintió con respecto a cada frase.

**Las personas que realizaron el examen tenían experiencia con el equipo...**

Definitivamente sí  Definitivamente no  
1      2      3      4      5

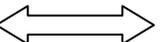
No estoy seguro

**Las personas que realizaron el examen parecían tener mucha experiencia trabajando con bebés...**

Definitivamente sí  Definitivamente no  
1      2      3      4      5

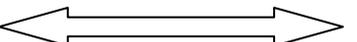
No estoy seguro

**El examen y las explicaciones se realizaron...**

Profesionalmente  No profesionalmente  
1      2      3      4      5

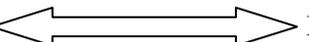
No estoy seguro

**Las explicaciones y las respuestas a sus preguntas fueron...**

Claras  Confusas  
1      2      3      4      5

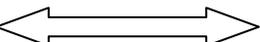
No estoy seguro

**El tiempo desde el inicio hasta el final fue...**

El correcto  Muy largo  
1      2      3      4      5

No estoy seguro

**Sus opiniones y sugerencias fueron...**

Escuchadas  No escuchadas  
1      2      3      4      5

No estoy seguro

7) En general, ¿qué tan satisfecho estuvo con las **personas** que le proporcionaron los servicios de los exámenes de audición a su bebé?

- \_\_\_ Muy satisfecho
- \_\_\_ Satisfecho
- \_\_\_ Algo satisfecho
- \_\_\_ No muy satisfecho
- \_\_\_ Nada satisfecho

- 8) En general, ¿qué tan satisfecho estuvo con los **servicios** de los exámenes de audición que le fueron proporcionados a usted y a su familia?
- Muy satisfecho
  - Satisfecho
  - Algo satisfecho
  - No muy satisfecho
  - Nada satisfecho
- 9) ¿Con qué frecuencia alguien en el hospital en el que se realizaron los exámenes de audición de su bebé se comunicó con usted en el idioma que usted habla en casa?
- Siempre
  - La mayor parte del tiempo
  - Algunas veces
  - Rara vez
  - Nunca
- 10) ¿Le fue informado que la pérdida auditiva se puede desarrollar en cualquier momento y que debe hablar con su médico de cualquier inquietud o preocupación que tenga?
- Sí
  - No
- 11) ¿Alguno de los familiares de su bebé sufre de pérdida de la audición que comenzó durante la niñez?
- Sí  **Vaya al 11a**
  - No  **Vaya al 12**
- 11a) De ser así, ¿quiénes?
- Madre     Abuela     Hermana     Tía     Primo(a)
  - Padre     Abuelo     Hermano     Tío     Otro: \_\_\_\_\_
- 12) Nos gustaría saber sobre la salud general de su bebé. Por favor elija a continuación lo que mejor describa la salud de su bebé en general.
- Excelente
  - Muy buena
  - Buena
  - Regular
  - Mala
- 13) ¿Su bebé tiene algún problema de salud o tiene necesidades especiales?
- Sí. Por favor especifique: \_\_\_\_\_
  - No

14) ¿Está de acuerdo o no está de acuerdo con las siguientes frases sobre los exámenes de audición de los bebés recién nacidos?

Acuerdo Desacuerdo

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los exámenes permiten a los padres hacer algo positivo si su bebé tiene pérdida auditiva. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los exámenes permiten un diagnóstico temprano si el bebé tiene pérdida auditiva.          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los exámenes permiten un tratamiento temprano de ser necesario.                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los exámenes hacen que los padres se preocupen innecesariamente.                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los exámenes requieren demasiado esfuerzo.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los exámenes despiertan o molestan al bebé.   |

15) Si usted tuviera otro bebé, ¿querría hacerle los exámenes de audición?

- Sí  
 No

16) ¿Cómo se pagan los gastos médicos de su bebé?

- Medicaid  
 Medicaid HMO  
 Privado  
 Otro HMO  
 Yo los pago  
 No lo sé

17) Por favor anote cualquier sugerencia que desee hacer para mejorar el proceso de los exámenes de audición de los bebés recién nacidos:

---

---

---

---

---

**Gracias por su ayuda con esta encuesta. Utilizaremos sus respuestas para mejorar el proceso de los exámenes de audición para todas las familias.**